

問診票① (TEL ・ 窓口)

受付：_____

お手数ですが、診察前に以下の事柄についてご記入くださいますようお願いいたします。

なお、ご本人ではなく、ご家族など付き添いの方がご記入ください。

ID		フリガナ		
受付日		患者氏名	男 ・ 女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 年齢 歳
住 所	〒 —		電話番号 — —	
ご家族のお名前 住所・連絡先	お名前： 住所：		電話番号 ① — — ② — —	
相談に来られた方のお名前・連絡先	お名前： (続柄：) 電話番号：			
相談元 連携先	地域包括支援センター南部圏域・他圏域 ・介護支援専門員 医療機関・保健所・その他 ()			

○ 現在かかりつけの病院・医院がありますか？

[ない・ある (病院・医師の名称：)]

○ 他の病院・医院からの紹介状はお持ちですか？

[ない・ある (病院・医師の名称：)]

○ 現在、一緒に生活をされているご家族を教えてください。差支えなければ、年齢や現況などを教えてください。

	家族関係 (続柄)	年齢・現在の状況など
		[歳]
		[歳]
		[歳]
	一人暮らし	

福祉サービス(介護保険など)を利用していますか？ 利用サービスなどあれば教えてください

利用していない ・ 利用している (要介護度：要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)

(利用サービス内容：)

身体・精神障害者手帳： 有(種 級) ・ 無 ・ 不明

○ 具体的な症状

[具体的に：]

この症状はいつ頃からありましたか？ []年 []月頃から

そのきっかけはありましたか？ []

☐ ☐ 裏面もありますので、ご記入ください

患者氏名：

現在どんな事でお困りでしょうか？以下で当てはまるもの全てに○、もしくは空欄に記入して下さい。

物忘れ、知的な変化について

- 1、すぐ前の出来事をそっくり忘れる
- 2、同じことを何回も言ったり、聞いたりする
- 3、置き忘れやしまい忘れが多い
- 4、日付や時間がわからなくなる
- 5、知っている道や場所で迷う
- 6、良い時と悪い時の差が激しい

身体症状について

- 1、ろれつが回らなくなった
- 2、手や足がふるえる(部位:右手、右足、左手、左足)
- 3、転倒しやすい
- 4、食べ物のむせ込みがある
- 5、利き手はどちらですか？(右手 ・ 左手)

精神・心理症状、行動上の変化について

- 1、他人が物を盗んだり、危害を加えたりすると思いつめる
- 2、実際にはいない人に話しかける
- 3、援助や介助に協力しなかったり、抵抗したりする
- 4、以前と比べて活気がなくなった
- 5、せっかちであったり、イライラしたりしやすい
- 6、熱心に同じ事(徘徊、無意味な動作など)繰り返す
- 7、夜間あるいは早朝から起き出す

備考（困っている事、具体的な行動、症状など）

問診票 ②

患者氏名： _____

記載者： _____

ご本人の生活歴などについて教えてください。

配偶者（有・無） お子さん（ ）人（構成： ）

ご本人の兄弟姉妹は何人で、そのうち何番目ですか？（ ）人中（ ）番目

- ・ 兄弟姉妹を上から順にご記入ください。（記入例：兄・姉・本人・弟・妹）

.....
・ ご出身はどちらですか？ []

・ 最終学歴はどこですか？ []

・ ご本人の職歴を記入して下さい

〔業種： 歳～ 歳まで〕

〔業種： 歳～ 歳まで〕

〔業種： 歳～ 歳まで〕

<物忘れについて>

- ☐ 物忘れが目立つ ☐ 物を失くす・探す ☐ 物が盗られたと言う ☐ 同じ話を繰り返す
☐ 介護抵抗 ☐ 拒食 ☐ 拒薬

<身体症状について>

- 元々の体重（ ）kg 最近 ☐ 痩せた ☐ 増えた ☐ 変わらない ☐ わからない
☐ 胃部不快 ☐ 食欲が無い ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 頭痛 ☐ 頭が重い ☐ 肩こり
☐ 胸がドキドキする ☐ 立ちくらみ ☐ めまい ☐ そわそわする ☐ ふらつく
☐ つまづく ☐ 動きが硬い ☐ 熱がある

<睡眠について>

- ☐ 寝付きが悪い ☐ 途中で目覚める ☐ 熟眠感がない ☐ 目覚めが早い
睡眠時間 平均（ ）時間 薬を飲んで ☐ いない ☐ いる

<気分や意識について>

- ☐ イライラする ☐ 不安 ☐ 焦る ☐ 疲れやすい ☐ やる気が出ない ☐ ゆうつ
☐ 朝がつらい ☐ 物事を楽しめない ☐ 生きているのが嫌 ☐ 怒りっぽい ☐ 人や物にあたる
☐ 記憶が抜け落ちる ☐ 意識を失う ☐ 不注意なミスが多い



裏面もありますので、ご記入ください

○受診に関して ☐ 自分の意志で ☐ の勧めで

☐ 診断 ☐ 治療 ☐ 書類作成 () を希望します

○アレルギー（発赤・発疹・かゆみ等）を起こしたことがありますか

食品 ☐ なし ☐ あり (品名 症状)

薬品 ☐ なし ☐ あり (品名 症状)

その他 ☐ なし ☐ あり (品名 症状)

○嗜好品について

・アルコール： 飲まない ・ 機会があれば ・ 毎日 / 1日あたりの量：(ml)

・たばこ : 吸わない ・ 吸う / 1日あたりの本数：(本)

○過去に精神科等の病院を受診されたことはありますか ☐ なし ☐ あり

○ ご本人の日常生活についてお伺いします。以下で当てはまるものに○を付けてください。

【移動】 独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 【排泄】 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

【食事】 自立 ・ 要介助 【食事準備】 本人 ・ 家族 ・ その他 ()

【食欲】 普段以上 ・ 普通 ・ あまりない ・ ない

【入浴】 自立 ・ 要介助 ・ その他 () 【内服】 自立 ・ 声かけ必要 ・ 介助

【金銭管理】 本人 ・ 家族 【運転】 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ その他 ()

記入は以上です。ご協力ありがとうございました。